

mãe  paulistana

# MANUAL TÉCNICO SAÚDE DA CRIANÇA 1<sup>o</sup> ANO DE VIDA

2006



PREFEITURA DA CIDADE DE  
**SÃO PAULO**

SECRETARIA DA SAÚDE



**PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PREFEITO  
GILBERTO KASSAB**

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
MARIA CRISTINA FARIA DA SILVA CURY**

**Coordenadoria de Desenvolvimento de Programas  
e Políticas de Saúde**

**CODEPPS**

**Silvia T. Kobayashi**

**Rede de Proteção à Mãe Paulistana  
Maria Aparecida Orsini de Carvalho**

**S241p São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde  
Programa mãe paulistana. Manual técnico: saúde da criança-  
1º ano de vida. / Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Desen-  
volvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São  
Paulo: SMS, 2006**

**56p.**

**1 . Saúde da criança. 2. Procedimentos com o recém-nascido.  
3. Procedimentos no 1º ano de vida. I. CODEPPS-Coordenadoria  
de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. II.Título**

**CDU 613.21**

**MANUAL TÉCNICO  
SAÚDE DA CRIANÇA  
1º ANO DE VIDA**

**Elaboração:** Cléa Rodrigues Leone

**Colaboradores :**

**Área Técnica de Saúde da Criança e Adolescente**

Lílian dos S. R. Sadeck

Geny Marie M. Yao

Lucilia N. da Silva

Fernanda F. Ranña

Lucimar A Françaoso

Athenê M. de M. F. Mauro

**Área Técnica de Saúde do Deficiente**

Mirna R. M. Tedesco

**Área Técnica de Saúde Ocular**

Silvia P. S. Kitadai

**Grupo de Trabalho de Redução da Transmissão  
Vertical de DST/AIDS e Sífilis Congênita**

Marina Aragão W. Gonçalves

Maria Stella B. Dantas

Doris S. Bergmann

Luiza Matida

**COVISA CCD - Imunização**

Maria Lígia B. R. Nerger

**Apoio:** Sociedade de Pediatria de São Paulo

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
São Paulo  
2006**



## APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde é responsável, dentre suas múltiplas ações de promoção da saúde na cidade de São Paulo, pelo desenvolvimento de programas direcionados à saúde das crianças e, conseqüentemente, aos futuros adolescentes e adultos de nossa população.

O Programa Mãe Paulistana tem por objetivo implementar a assistência à gestante, no pré-natal e parto, e a seu recém-nascido durante o primeiro ano de vida, com ênfase para o recém-nascido de risco, através da implantação da Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Este conjunto de ações, além de garantir maior qualidade em todos os níveis de atendimento ao binômio mãe-filho, será fundamental para que os atuais níveis de Mortalidade Neonatal e Infantil em São Paulo sejam reduzidos.

O componente pós-natal deste Programa instituiu a Caderneta da Criança-Saúde no 1º ano de vida, na qual serão registradas as principais informações relativas à saúde da criança desde o nascimento até o final do primeiro ano de vida.

O Manual Técnico - Saúde da Criança no 1º ano de vida constitui um instrumento de apoio e consulta para o profissional de saúde que irá atuar neste Programa, orientando o acompanhamento dos recém-nascidos de baixo e alto risco, segundo as recomendações nele contidas, que foram elaboradas sob a coordenação da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente CODEPPS e a participação de diversas áreas da Secretaria Municipal de Saúde, bem como o apoio da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

A adequada utilização deste Manual irá contribuir efetivamente para que os objetivos propostos sejam atingidos e os benefícios sobre a saúde de nossas crianças sejam obtidos.

**Maria Cristina da Silva Cury**  
Secretária Municipal de Saúde





## SUMÁRIO

### 1 - Introdução

### 2 - Atendimento ao Recém-nascido

2.1. Critérios para definição do recém-nascido de risco

2.2. Assistência ao nascimento

2.3. Assistência durante a internação

2.4. Alta da Unidade Neonatal

### 3 - Atendimento à Criança

3.1. Seguimento ambulatorial no primeiro ano de vida

### 4 - ANEXOS

ANEXO I - Determinação da Idade Gestacional Definitiva

ANEXO II - RN com Risco infeccioso

ANEXO III - Definição de caso de Sífilis Congênita

ANEXO IV - Teste do Desenvolvimento de Denver

ANEXO V - Fluxograma de intervenção precoce auditiva



## 1. Introdução

Os programas que visam causar impacto sobre as condições de saúde do binômio mãe-filho deverão apoiar-se em ações que se iniciem no pré-natal e se estendam até o período pós-natal.

O Programa Mãe Paulistana tem por objetivo a promoção de qualidade da assistência à saúde das mulheres durante o pré-natal, parto e pós-parto e à criança durante o primeiro ano de vida.

No que se relaciona a seu componente pós-natal, a meta é a redução da Mortalidade Infantil, do nível atual em 2005 de 12,9/1000 nascidos vivos (NV), para 12,0/1000 NV até 2009.

A análise da evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil na Cidade de São Paulo tem mostrado uma redução progressiva deste ao longo do tempo, embora ainda esteja longe do nível recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 10/1000 NV. Esta redução, no entanto, tem ocorrido principalmente em decorrência de ações bem sucedidas no período pós-neonatal, como a ampliação da cobertura vacinal, re-hidratação oral, programas de incentivo ao aleitamento materno e a expansão do saneamento básico.

Com referência ao período neonatal, o Coeficiente de Mortalidade Neonatal(CMN), em 2005, foi de 8,5/1000 NV e correspondeu a 65,8 % dos óbitos de menores de 1 ano. Dentre estes, 68,5% dos óbitos ocorreram na primeira semana de vida.

Estes dados evidenciam a necessidade de implantação de medidas diretamente relacionadas à diminuição do risco perinatal, tendo em vista a necessidade de maior redução dos CMN, em especial do CMN Precoce, através da implantação de ações que causem impacto sobre as frequências atuais das principais causas de mortalidade neonatal precoce, que são as infecções perinatais, as doenças respiratórias, em especial a doença de membranas hialinas, e a asfixia perinatal.

Para obter esse resultado, o programa irá considerar a implantação de ações

integradas desde o período pré-natal até a idade pós-natal de um ano, instituindo para o componente pós-natal, uma **Caderneta da Criança - Saúde no 1º ano de vida**, onde serão registradas as principais informações desse acompanhamento.

Este Manual visa constituir um instrumento de apoio ao profissional de saúde responsável pelo atendimento dos recém-nascidos de baixo e alto risco desde o nascimento até o final do primeiro ano de vida, salientando os aspectos considerados fundamentais para a promoção da saúde e prevenção do risco nessa população.

**Cléa R. Leone**  
Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente

## 2. ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO

### 2.1. Critérios para definição do recém-nascido de risco

O recém-nascido (RN) de risco é definido como aquele RN que preencher um dos critérios de risco abaixo listados:

- prematuridade (Idade Gestacional < 34 semanas);
- asfixia perinatal (Apgar 5' < 6);
- infecções congênitas (sífilis, AIDS, rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, herpes, doença de Chagas, parvovirose, outras);
- infecções adquiridas (sepse, meningite, enterocolite necrosante, osteomielite, outras);
- cromossomopatias;
- síndromes genéticas;
- más-formações congênitas graves;
- hidropisia fetal imune e não imune;
- filhos de mães diabéticas, hipertensas, com doenças auto-imunes, hematológicas, outras;
- filhos de mães: < de 16 anos e /ou analfabeta e /ou com doença e/ou dependência que a impossibilite de cuidar da criança e/ou em situação social de risco.

### 2.2. Assistência ao nascimento

Recomendam-se as seguintes etapas para a recepção e atendimento do RN ao nascimento, nas Unidades Neonatais:

**2.2.1.** Registro dos dados maternos e de parto;

**2.2.2.** Preparo do material para a reanimação neonatal;

**2.2.3.** Execução da reanimação neonatal do RN por profissionais treinados, responsável e auxiliar, pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade de Pediatria de São Paulo - Academia Americana de Pediatria, atualizado há pelo menos dois anos;

**2.2.4.** Após estabilização do RN, seguir as normas vigentes de humanização do parto, trazendo-o até sua mãe, proporcionando condições para o estabelecimento e fortalecimento do vínculo mãe-filho;

**2.2.5.** Transporte até a Unidade Neonatal, em incubadora de transporte, acompanhado pelo médico e pela auxiliar da reanimação;

**2.2.6.** Admissão na Unidade Neonatal e encaminhamento para o setor correspondente ao nível de risco do RN, de acordo com fluxo a ser definido pelas normas locais de indicação de internação nesses setores.

**2.2.7.** Para o **RN de mãe portadora de HIV**, ao nascimento: colher sangue para hemograma completo e iniciar quimioprofilaxia com Zidovudina (AZT) até 2 horas de vida ou no máximo até 8 horas. Dose: 2 mg/kg/dose 6/6 h, via oral por 42 dias;

### **2.3. Assistência durante a Internação**

**2.3.1.** Assistência integrada de acordo com as normas vigentes de humanização da atenção, com participação efetiva da equipe multiprofissional;

**2.3.2.** Determinar a Idade Gestacional Definitiva, com 24 horas de vida, de acordo com a norma em anexo (Anexo I);

**2.3.3.** Atenção especial para início e manutenção com sucesso do aleitamento materno, garantindo apoio permanente à mãe em suas dúvidas e dificuldades; em **RN de mãe portadora de HIV**, o aleitamento materno é contra-indicado;

**2.3.4.** Para o atendimento do **RN de risco de infecção neonatal precoce**, seguir a norma em anexo (Anexo II);

**2.3.5.** Seguir fluxograma e conduta definida pelo Grupo de Trabalho de Redução da Transmissão Vertical do HIV/AIDS e da Sífilis Congênita na Cidade de São Paulo (Anexo III), para a abordagem dos casos de **RN com risco de Sífilis Congênita** e, no caso de doença, estabelecer a conduta terapêutica;

### **2.3.6. Triagem Neonatal (TNN)**

O “teste do pezinho” ou teste de triagem neonatal (TNN) é um exame

preventivo que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas, com sintomatologia inespecífica ou assintomática no período neonatal. Desta forma, possibilita a instituição de tratamento e/ou medidas precoces, visando diminuição ou eliminação das seqüelas associadas a cada doença.

Com a publicação da Portaria 822 de 06 de junho de 2001 - Ministério da Saúde, criou-se o Programa Nacional de Triagem Neonatal que tem por objetivos, dentre outros:

1. Ratificar a obrigatoriedade para todos os hospitais e demais estabelecimentos públicos ou particulares de atenção à saúde de gestantes, de proceder não apenas à coleta de material para a triagem neonatal, como também prestar orientação aos pais dessas crianças;
2. Definir claramente os exames a serem realizados, e as políticas de controle e avaliação sobre o processo, garantindo que os exames sejam efetivamente realizados. A cidade de São Paulo encontra-se na fase II da Triagem Neonatal, isto é, o Teste do Pezinho realiza triagem para as seguintes doenças congênitas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito e Hemoglobinopatias, dentre elas a Anemia Falciforme;
3. Ampliar o acesso à TNN, buscando a cobertura de 100% dos nascidos vivos. O teste é um direito da criança.
4. Adotar medidas de estímulo e aprimoramento da TNN, possibilitando o avanço de sua organização e regulação, com base na implantação dos Serviços de Referência em TNN, acompanhamento e tratamento de doenças congênitas, ampliando esforços para a redução da morbi-mortalidade relacionada às patologias congênitas do Brasil.

Na cidade de São Paulo dois Serviços de Referência (SRTN) estão credenciados:

- APAE SÃO PAULO: responsável pelas regiões norte, sul, sudeste e centro-oeste;
- HOSPITAL SANTA MARCELINA: responsável pela região leste.

- São etapas do processo de Triagem Neonatal:
  - Coleta das amostras em papel filtro: Em Hospitais/Maternidades e/ou Unidades Básicas de Saúde, recomenda-se que a coleta seja feita **preferencialmente entre o 3º e o 7º dia de vida**. A coleta de material para se realizar a triagem neonatal é padronizada: realiza-se punção do calcanhar e as gotas de sangue são adsorvidas em papel de filtro. Após secagem em ar ambiente, as amostras deverão ser enviadas aos SRTN para análise, no **prazo máximo de 5 dias após a coleta**.
  - Exames de triagem em Laboratórios dos SRTN, onde cada teste é realizado em um pequeno picote do papel de filtro impregnado com sangue.
  - Busca Ativa dos casos suspeitos para realização de exames confirmatórios.
  - Busca Ativa de pacientes para consulta de orientação / tratamento / acompanhamento em SRTN credenciados.
  
- Responsabilidade pela coleta:
  - **Nascimento em instituições:** o hospital é o responsável pela coleta e orientação aos pais. No caso de haver impedimento, este será o responsável pela orientação do encaminhamento para uma UBS de referência;
  - **Nascimento domiciliar:** o profissional que tenha assistido ao parto deverá orientar os pais a levarem o RN à UBS de referência para coleta; na ausência do profissional, a responsabilidade será dos pais;
  - **Orientação às gestantes:** estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes são obrigados a prestar orientação aos pais sobre a importância da realização do “teste do pezinho” e ciência do resultado. Observar que muitas mães confundem o teste do pezinho com o carimbo de identificação que recebem na Maternidade com o formato do pezinho;
  - **Segunda coleta:** quando uma 2ª amostra for necessária para a confirmação laboratorial, fica o SRTN responsável pela orientação que deve ser comunicada verbalmente ou por escrito ao Hospital/UBS de referência para a convocação do paciente.
  - **Recusa na coleta:** o serviço de saúde deve orientar sobre os riscos de não realização do exame. **O fato deverá ser documentado e a recusa assinada pelos pais ou responsável.**

(Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal - 2004)



## MOMENTO DA COLETA

- **Crianças com menos de 48 horas de vida:** é um fator restritivo na triagem da Fenilcetonúria. Nesse período, os bebês ainda não ingeriram proteína suficiente para serem detectadas de forma segura na triagem da Fenilcetonúria. Nesses casos, poderão ocorrer resultados falso negativos. Amostras com menos de 48 horas de vida poderão ser coletadas, mas a triagem da Fenilcetonúria não será realizada. Nova coleta deverá ser agendada. **Se a maternidade optar por não coletar a amostra, a família deverá ser orientada para levar a criança para a unidade básica de referência na primeira semana de vida do bebê. Nesses casos, o responsável pela criança deverá assinar um comprovante de impossibilidade de coleta.**
- **Prematuridade:** RN prematuros, principalmente os de muito baixo peso, podem apresentar alterações na TNN, principalmente nas dosagens de TSH e T4 neonatal. A amostra deverá ser coletada de forma habitual para a triagem das outras doenças e nova coleta deverá ser realizada em data definida pela SRTN.
- **Transfusão de sangue:** é um fator restritivo na Triagem da Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e do Hipotireoidismo Congênito. Para prematuros que necessitem de transfusão de sangue e nos quais a coleta da TNN ainda não foi realizada, deve ser feita uma **1ª coleta imediatamente antes da transfusão**. Nesses casos, uma 2ª coleta deve ser feita 120 dias após a data da transfusão de sangue. Para RN de termo, que necessitem transfusão de sangue e que ainda não tenham realizado a TNN, a coleta deve ser feita **imediatamente antes da transfusão**. **Nesses casos, não há necessidade de uma 2ª coleta.**
- **Gemelaridade:** Coleta de amostras de gêmeos devem ser realizadas com a máxima atenção para que não haja troca na identificação das crianças nas respectivas amostras.
- **Uso de medicamentos e presença de doenças:** não são fatores restritivos para a coleta de amostras. Sugere-se informar apenas crianças com antecedentes familiares das doenças que fazem parte da triagem, relatando o grau de parentesco.
- **Preencher a identificação do papel de filtro de forma legível,** de preferência em letra de forma, com caneta esferográfica, e evitar o uso de abreviaturas. Essas informações são importantes para identificação e busca ativa dos casos suspeitos para confirmação diagnóstica e encaminhamentos

posteriores. Não esquecer de anotar o número da Declaração de Nascido Vivo (DNV).

## ACONSELHAMENTO GENÉTICO

É fundamental que os pacientes portadores dessas doenças e seus familiares sejam orientados quanto às conseqüências, às probabilidades de manifestá-las ou transmití-las, bem como as medidas que podem ser tomadas no sentido de se evitar, prevenir e obter uma melhor qualidade de vida.

- **Fenilcetonúria:** doença hereditária autossômica recessiva, que se manifesta por mutações no gene que codifica a enzima fenilalanina-hidroxilase. Os pais normais de um paciente fenilcetonúrico seguramente serão portadores do gene alterado e apresentam risco de 25% de gerar um filho com Fenilcetonúria. Um único indivíduo com Fenilcetonúria, desde que não se case com seus aparentados, ou outras pessoas que também tenham Fenilcetonúria, apresentará baixo risco de ter um filho afetado pela doença. Lembrar que a gestante fenilcetonúrica deverá manter um controle rigoroso de sua doença para não gerar filhos com microcefalia, deficiência mental e cardiopatia congênita, mesmo que o bebê não apresente Fenilcetonúria.

- **Hipotireoidismo Congênito:** é uma doença que apresenta múltiplas causas, a maioria de origem não genética. Se um casal normal vier a ter um filho com Hipotireoidismo Congênito (de origem não genética), a chance de que venha a ter um outro filho com a doença é desprezível. Nos casos de origem genética, a maioria é de herança autossômica recessiva. Assim, um casal que teve um filho com Hipotireoidismo Congênito (de origem genética), tem um risco de 25% de ter um segundo filho acometido.

- **Anemia Falciforme:** é de herança autossômica recessiva, causada por uma mutação do gene que codifica a síntese da cadeia beta da hemoglobina, que produz uma hemoglobina anormal chamada hemoglobina S. Portanto, um paciente com Anemia Falciforme apresenta o gene mutante em dose dupla, proveniente de seu pai e de sua mãe. Os indivíduos portadores do traço falciforme (uma única cópia de gene mutante, sem outra hemoglobina anormal), são assintomáticos e, portanto, não necessitam de seguimento

especializado com hematologista. A probabilidade de transmissão para os descendentes varia de acordo com a constituição genética dos pais, conforme tabela :

PAI / MÃE	FILHOS		
	DOENTES	TRAÇOS	NORMAIS
DOENTE/DOENTE	100%	ZERO	ZERO
DOENTE/ TRAÇO	50%	50%	25%
TRAÇO/ TRAÇO	25%	50%	25%
DOENTE/NORMAL	ZERO	25%	ZERO
TRAÇO / NORMAL	ZERO	50%	50%

### 2.3.7. Imunização

Atenção especial deverá ser dirigida à realização de imunização de acordo com o esquema oficial da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), conforme consta na **Caderneta da Criança - Saúde no 1º ano de vida**;

**2.3.8. Antes da alta hospitalar**, o neonatologista/ pediatra deverá realizar exame ocular, incluindo o reflexo vermelho, importante para a detecção precoce de patologias, como a catarata e o glaucoma congênitos, que podem ter uma melhor evolução, se forem tratados desde os primeiros três meses de vida.

O **Teste do Reflexo Vermelho** deverá ser feito na penumbra, com o oftalmoscópio colocado a aproximadamente 50 cm dos olhos da criança. O Reflexo Vermelho deverá ser observado nos dois olhos simultaneamente. Na presença de um reflexo diferente entre os olhos, que pode significar que existem grandes diferenças no poder refrativo dos olhos, ou um reflexo branco-amarelado, indicando uma leucocoria, a criança deverá **ser avaliada imediatamente por um oftalmologista**.

É preciso lembrar que as causas mais importantes de leucocoria são a catarata congênita, retinoblastoma, retinopatia da prematuridade e infecções intra-oculares.

Em RN com peso de nascimento menor do que 1500 g e idade gestacional menor do que 32 semanas de vida, realizar avaliação de fundo de olho entre a 4ª e 6ª semanas de vida por oftalmologista para monitorização e

estadiamento de **Retinopatia da Prematuridade**, além da indicação de tratamento, se necessário;

**2.3.9.** Em RN com peso de nascimento menor do que 1500 g, realizar **ultra-som de crânio** na primeira semana de vida e repetir antes da alta;

**2.3.10. Avaliação neurológica** dos RN pré-termo antes da alta;

## **2.4. Alta da Unidade neonatal**

**2.4.1. Pré-requisitos:** recém-nascido estável,  $\geq$  48 horas, sem intercorrências, ganho de peso adequado, sugando e deglutindo com eficiência, pais devidamente treinados para prestar os cuidados necessários e orientados quanto à manutenção do aleitamento materno e sinais de risco para o bebê, além das condições domiciliares de recepção ao RN.

**2.4.2.** Preencher e entregar aos pais a **Caderneta da Criança - Saúde no 1º ano de vida**;

**2.4.3.** Em **recém-nascidos de risco**, notificar a Supervisão de Saúde da Subprefeitura correspondente, para que esta tome as providências necessárias para a continuidade do processo de realização de visita domiciliar, segundo fluxo já estabelecido para vigilância de recém-nascidos de risco;

**2.4.4.** Agendar o **primeiro retorno ambulatorial** em ambulatório específico na Maternidade ou na UBS correspondente:

- **Em RN de baixo risco**, no 7º dia de vida, na mesma data de retorno materno para avaliação pós-parto;
- **Em RN de risco**, até 7 dias após a alta hospitalar.
- **Em RN de mãe portadora de HIV**, até 7 dias, diretamente na Unidade Especializada em DST/AIDS.

## 3. ATENDIMENTO À CRIANÇA

### 3.1. Seguimento ambulatorial no primeiro ano de vida:

#### 3.1.1.Periodicidade :

- Para os RN de termo e/ou Baixo Risco:
  - primeira consulta no 7º dia de vida
  - 1 mês
  - 2 meses
  - 3 meses
  - 4 meses
  - 5 meses
  - 6 meses
  - 9 meses
  - 12 meses.
- Para os RN pré-termo (RNPT) e/ou de risco:
  - primeira consulta deverá ser 7 dias após a alta,
  - ao termo, que corresponde a 40 semanas de idade gestacional corrigida (idade gestacional ao nascimento adicionada da idade pós-natal em semanas)
    - 1 mês pós-termo;
    - 2 meses pós-termo;
    - 3 meses pós-termo;
    - 4 meses pós-termo;
    - 5 meses pós-termo;
    - 6 meses pós-termo;
    - 9 meses pós-termo;
    - 12 meses pós-termo.

**3.1.2. Avaliação clínica** completa, com atenção especial para as informações sobre alimentação, intercorrências, dificuldades, imunizações, resultado das triagens neonatal, auditiva e oftalmológica realizadas e exame físico completo.

#### 3.1.2.1.Orientação Alimentar

Avaliar a oferta alimentar em cada consulta e orientar conforme descrito:

- Nos primeiros 6 meses de vida deve-se priorizar o aleitamento materno exclusivo.
- Após os 6 meses, iniciar a introdução de outros alimentos, inicialmente suco de frutas e frutas raspadas; com 7 meses iniciar sopa de legumes e verduras cozidas com carne. Com 8 meses iniciar a segunda sopa, acrescentando na sopa de legumes e verduras os cereais e a carne (vaca, frango, fígado e gema de ovo). Deve-se progressivamente ir aumentando a consistência da sopa e com 8 a 9 meses, se a criança já tiver desenvolvido parte da dentição, pode-se oferecer pedaços pequenos de alimentos. No final do primeiro ano de vida a criança deverá estar recebendo pelo menos 3 mamadas no seio materno (manhã, tarde e noite), duas dietas não lácteas (almoço e jantar), suco ou fruta no intervalo da manhã e da tarde.

#### • **Suplemento vitamínico**

As crianças a partir de 7 dias de vida necessitam de suplementação de vitamina A 2000 a 4000 Unidades/dia e vitamina D 400 a 800 Unidades/dia, durante o primeiro ano de vida.

#### • **Suplementação de ferro**

Os RN de termo em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, devem iniciar suplementação de ferro (1 a 2 mg/Kg/dia de ferro elementar) a partir de 6 meses, que deverá ser mantido até completar 12 meses.

Para os RN com peso de nascimento menor do que 1500g, está indicada a suplementação de ferro, na forma de sulfato ferroso, cuja dose diária varia de 2 a 4 mg/Kg/dia, recomendando-se a maior dose para os menores de 1000g ao nascimento e a menor para os com peso de nascimento maior ou igual a 1000g e/ou que receberam mais de uma transfusão sanguínea no período neonatal, a partir de 2 semanas de vida e deverá ser mantida durante o primeiro ano de vida.

#### **3.1.2.2. Esquema vacinal**

Avaliar, através da observação do registro de vacinações, se a criança está com o esquema adequado para a idade.

#### **3.1.2.3. Exame Físico**

Em todas as consultas, o exame físico deverá ser completo, mas na primeira consulta ambulatorial deverá ser mais extenso, avaliando não somente os

componentes somáticos, mas também os neurológicos. Este exame deverá levantar dados sobre as condições vitais e a presença de más-formações externas.

Nos demais retornos deverá ser enfatizada a evolução pondero-estatural, a orientação alimentar, complementação vitamínica, vacinação e a avaliação neurológica.

Dentre os componentes desse exame, são fundamentais a observação de alguns sinais clínicos, que podem indicar a presença de patologias:

- **Pele e Anexos:** coloração, principalmente quanto à presença de icterícia; características de hemangiomas e lesões de pele detectadas, como miliária, melanose pustular benigna neonatal, eritema tóxico; presença de manchas café com leite, uma vez que máculas maiores podem ser sinal de neurofibromatose ou de nevus em grande número, que podem indicar uma esclerose tuberosa.

- **Cabeça:**

**Fontanelas** Bregmática (Anterior) e Lambdóide (posterior): medir o tamanho, e caracterizar quanto a dimensões e tensão;

- **Coleções sanguíneas:**

Diferenciar entre **Bossa Serossangüínea ou Caput Succedaneum**, que desaparece em poucos dias e **Cefalohematoma**, que pode demorar semanas ou meses para desaparecer.

- **Olhos:**

Verificar presença de edema palpebral; secreção ocular e suas características; catarata (cristalino esbranquiçado); microftalmia (Toxoplasmose, Citomegalia, Rubéola); esclerótica azulada (Osteogenese Imperfecta, Glaucoma Congênita); hemorragia subconjuntival (trauma de parto); estrabismo, que pode ser normal até 6 meses, quando ocorre a coordenação dos músculos orbitários.

- **Orelhas:**

Observar posição: implantação baixa pode sinalizar presença de Síndrome de Down, Agenesia Renal Bilateral, Anomalia do Primeiro Arco Braquial. Também é importante verificar presença de apêndices pré-auriculares e fístulas.

- **Nariz:**

Coriza serossanguínea pode ocorrer em Sífilis Congênita.

- **Palato:**

Se em ogiva, presença de fenda anterior, fenda posterior; no palato duro pode se observar 1 ou 2 lesões erosivas com halo avermelhado, chamadas de Aftas de Bednar, que são lesões decorrentes do atrito provocado na sala de parto durante o procedimento de aspiração da orofaringe; Pérolas de Ebstein, que são formações esbranquiçadas do tamanho da cabeça de um alfinete, devido a acúmulo localizado de células epiteliais, que desaparecem em poucas semanas.

- **Boca:**

Microstomia pode indicar Trissomia 18 e 21; Macrostomia, Mucopolissacaridose; Boca de Peixe, Síndrome Fetal Alcoólica; Macroglossia, Hipotireoidismo, Trissomia 21, Mucopolissacaridose.

- **Mandíbula:**

Micrognatia (Síndrome de Pierre-Robin, Síndrome de Treacher-Collins).

- **Pescoço:**

Excesso de pele (Síndrome de Turner, Síndrome de Noonan), Torcicolo congênito (Hematoma do esternocleidomastoideo), Higroma cístico, Fratura de clavícula.

- **Tórax:**

Além da inspeção, para verificação de desconforto respiratório, alteração de frequência (FR normal - 40 - 60 mpm), ritmo respiratório (respiração periódica, apnéia), assimetria torácica (tórax em barril, tórax em pombo), também deverão ser observadas as glândulas mamárias, se estão engurgitadas. Segue-se uma ausculta muito cuidadosa para detecção de anormalidades;

- **Sistema Cardiovascular:**

Determinação da frequência cardíaca (normal - 100 a 160 bpm), verificação de presença de pulsos em membros superior e inferior, determinação de medida de pressão arterial em membros superior e inferior, perfusão



periférica, e palpação de ictus. Ausculta cuidadosa, no sentido de detectar alterações de ritmo cardíaco, presença de sopros, sua localização e características.

- **Abdome:**

Importante a inspeção, para verificar suas características, se globoso (normal), escavado (Hérnia Diafragmática), em ameixa (Síndrome de Prune-Belly), distensão abdominal (Atresia Intestinal), hipoplasia de músculos retos abdominais, onfalocele, gastrosquise; coto umbilical (granuloma, hiperemia, sangramento, hérnia, cutâneo). À palpação, o fígado pode estar até 2 cm abaixo do rebordo costal direito; o baço normalmente não é palpável. Verificar presença de outras massas abdominais. Também se o ânus é perfurado, se existem fístulas anorectal, anouretral, anoescrotal.

- **Lojas Renais:**

É importante verificar se está ocupada, usando a técnica bi-manual: no rim esquerdo, colocar a mão direita sob o corpo do RN e com a mão esquerda, palpar pelo abdome essa região; o inverso deverá ser feito para o rim direito.

- **Genital Masculino:**

Em RN de Termo, o pênis deve medir 3,6 +/- 0,7 cm de comprimento; deverá ser observado o meato uretral e o jato urinário (Hipospádia, Epispádia, Fimose), se os testículos estão na bolsa escrotal, presença de hidrocele.

- **Genital Feminino:**

Inspecionar grandes lábios, pequenos lábios, clítoris, vagina, uretra, hímen perfurado. A presença de sangramento vaginal alguns dias após o nascimento, decorrente de queda dos níveis hormonais devido à passagem transplacentária, não é considerada patológica .

- **Sistema Esquelético:**

Verificar na coluna vertebral a presença de escoliose, cifose, lordose, espinha bífida, meningiomielocele; em membros superiores, polidactilia, sindactilia, lesões, fratura de úmero, ausência de rádio ou ulna; em membros inferiores, realizar a Manobra de Ortolani, para luxação congênita de quadril, presença de polidactilia, pé torto congênito.

### **3.1.2.4. Avaliação do crescimento**

Em cada retorno ambulatorial, deverão ser realizadas as medidas do peso, comprimento e perímetro cefálico.

Em RN de termo, os dados obtidos devem ser colocados nas curvas de peso, comprimento, perímetro cefálico em relação à idade cronológica, presentes na Caderneta da Criança. É indispensável o acompanhamento seriado destas medidas e observação do canal de crescimento da criança.

Para os RN pré-termo, deverá ser feita a correção para a prematuridade, considerando-se para tal que as medidas obtidas quando o Recém-nascido completar 40 semanas de idade gestacional corrigida (idade gestacional ao nascimento adicionada da pós-natal) sejam registradas no gráfico no local correspondente ao nascimento e as medidas seguintes de 1 mês após essa data (1 mês pós-termo), deverão ser colocadas no local correspondente a 1 mês e, assim, sucessivamente, nos demais retornos até 1 ano pós-termo.

Atenção: considerar os valores inferiores ao percentil 10 como correspondentes a nível de atenção, enquanto os inferiores ao percentil 3, como nível de risco nutricional.

### **3.1.2.5. Avaliação Neurológica/Desenvolvimento**

Em RN pré-termo e/ou de risco, deverá ser realizada com 1, 3, 6 e 12 meses de idade.

Nessa ocasião, deverá ser feita uma avaliação do desenvolvimento pelo pediatra/neurologista, que poderá basear-se no Teste de Desenvolvimento de Denver ( Anexo IV).

A indicação de ultra-som de crânio será feita pelo pediatra/neurologista, de acordo com as indicações de cada caso.

Observar:

- Estado de alerta - Letargia, Irritabilidade, Ativa, Hipoativa;
- Tremores, Abalos;
- Postura - Checar o tônus, RN a Termo mantém a flexão dos 4 membros e as mãos fechadas;
- Reflexos devem ser simétricos;
- Reflexos Primitivos : Moro, Preensão Palmar e Plantar, Sucção, Busca dos 4 pontos cardinais, Magnus Klein. Reflexo Fotomotor, Reflexo Cócleopalpebral.

## Presença dos Reflexos Primitivos

Reflexo	Aparece	Desaparece
Moro	RN	3 Meses
Extensão Plantar	RN	1 Mês
Magnus Klein	RN	3 Meses
Preensão Palmar	RN	3 Meses
Subir Escada	RN	1-2 Meses

### 3.1.2.6. Avaliação auditiva

A avaliação auditiva será feita com base em checagem realizada através de "check list" a partir da 1ª consulta após a alta da Unidade neonatal, na qual será definido o risco de cada RN.

Na consulta de um mês, os RN classificados como de risco auditivo irão realizar sua primeira avaliação em Serviço de Saúde Auditiva de média complexidade através do Teste de Emissões Otoacústicas (EOA) e Imitanciometria.

A seguir, dependendo do resultado, seguirá o fluxograma estabelecido, conforme Anexo V.

### 3.1.2.7. Avaliação oftalmológica

Recomenda-se que em todas as crianças o Teste do Reflexo Vermelho seja repetido aos seis meses e doze meses de idade para o RN de termo e idade corrigida para o RN pré-termo.

Em RN pré-termo com peso de nascimento < 1500g e/ou < 32 semanas de idade gestacional, deverá ser realizada avaliação oftalmológica ao termo e, a seguir, de acordo com a necessidade, determinada pelo oftalmologista.

### 3.1.2.8. Evolução hematológica

Para detecção precoce de anemia no RN pré-termo e/ou de risco, deverá ser feita monitorização dos níveis de hemoglobina, hematócrito e taxa de reticulócitos, através de realização de hemograma completo com 1,3, 6 e 12 meses de idade.

## 4. ANEXOS

### ANEXO I

#### **Determinação da Idade Gestacional Definitiva**

A idade gestacional definitiva (IG definitiva) será a indicada pela idade gestacional (IG) calculada a partir da informação materna - Data da Última Menstruação (DUM), se esta diferir da idade gestacional determinada pelo ultra-som (USG), realizado antes de 20 semanas de gestação, em até 2 semanas.

Caso esta diferença seja maior do que 2 semanas, ou na ausência da IG pelo ultra-som, considera-se como definitiva a IG (DUM), se esta diferir em até 2 semanas da IG avaliada através do Método New Ballard.

Nas demais situações, ou na ausência da IG (DUM), considera-se como definitiva a IG avaliada pelo Método New Ballard.

## ANEXO II

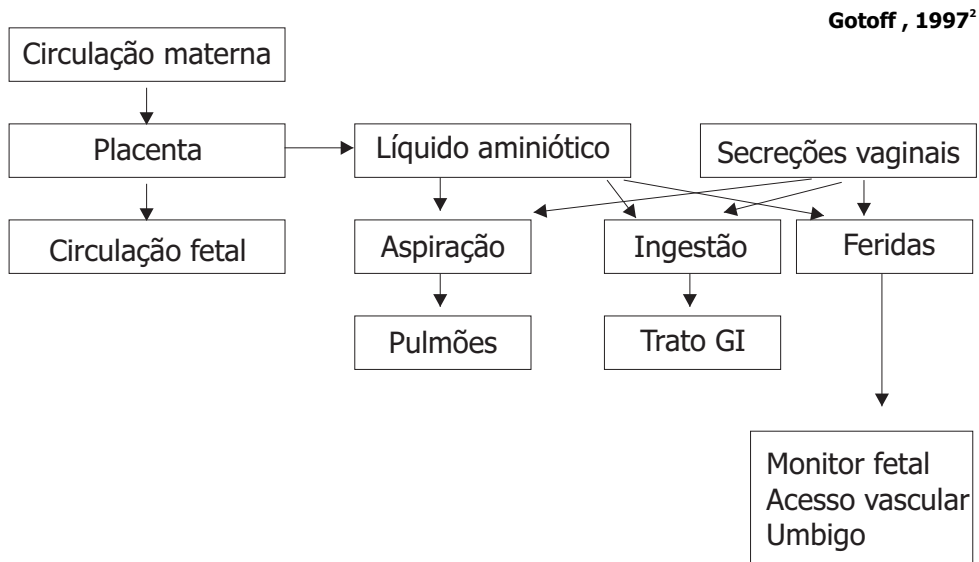
### Abordagem do RN com risco infeccioso SEPSE NEONATAL DE ORIGEM BACTERIANA CLASSIFICAÇÃO

Klein e Marcy, 1995<sup>1</sup>

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>INÍCIO PRECOCE</b>	<b>INÍCIO TARDIO</b>
Fatores de risco maternos	Presentes	Ausentes
Complicações obstétricas	Comuns	Raras
Quadro clínico	Multissistêmico, Assintomático	Meningite, infecção focal
Letalidade (%)	15-50	10-20
Fonte de microorganismos	Mãe → RN	Mãe → RN Hospitalar

## RN COM RISCO INFECCIOSO

### I. VIAS DE CONTAMINAÇÃO DO FETO E DO RECÉM-NASCIDO



## II. RISCO INFECCIOSO MATERNO-FETAL<sup>3</sup>

### FATORES de RISCO MAIORES

- Rotura prematura de membranas  $\geq$  18 horas
- História prévia de mãe portadora de Streptococcus do Grupo B
- Sepses materna
- Corioamnionite (critérios de Gibbs)
  - febre materna  $> 38^{\circ}\text{C}$  sem localização
  - fisometria
  - dor uterina
  - útero amolecido
  - taquicardia fetal ( FC  $> 170$  bpm)
  - taquicardia materna
  - leucocitose materna ( leucócitos  $> 13\ 000\ \text{mm}^3$ )

### FATORES de RISCO MENORES

- Infecção Urinária materna não tratada ou tratamento  $< 72$  horas
- Prematuridade sem causa determinada
- Parto domiciliar
- Ausência de pré-natal
- Leucorréia materna
- Rotura de membranas fora do trabalho de parto

### III. EXAMES LABORATORIAIS

#### Hemocultura (HMC)

O crescimento bacteriano depende de:

- espécie bacteriana
- condições da cultura
- tamanho do inóculo
- antibioticoterapia prévia.

#### Recomendações para o volume de sangue:

- sintomáticos com alta probabilidade de sepse - 0,5 ml
- sintomáticos menor probabilidade - 1,0 ml
- Assintomáticos ou exposição a antibióticos - 2,0 ml

#### Indicadores de inflamação:

#### Hemograma (HMG)

- leucocitose : número de leucócitos  $> 20.000/\text{mm}^3$
- leucopenia : número de leucócitos  $< 5000/\text{mm}^3$
- Índice Neutrófilico ( relação neutrófilos imaturos/totais)  $\geq 0,2$
- neutropenia: número de neutrófilos  $< 1750/\text{mm}^3$

#### Reagente de fase aguda

- Proteína C reativa (PCR)  $> 1 \text{ mg/dL}$  ou  $10 \text{ mg/L}$

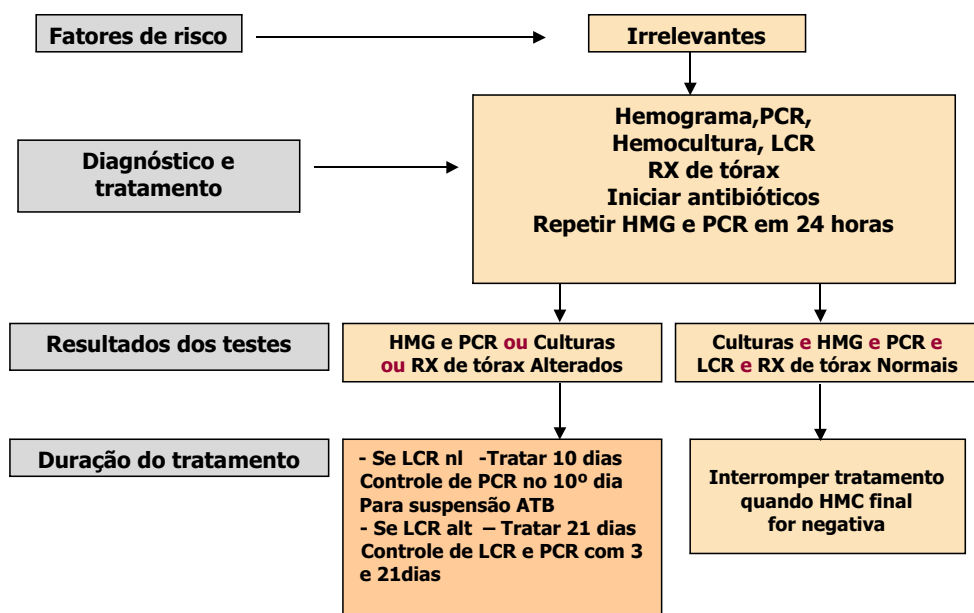


## • Líquido Cefalorraquidiano (LCR) - Valores normais

	RNT	RNPT
<b>Citologia</b>	< 20 leucócitos/mm <sup>3</sup> < 875 eritrócitos/mm <sup>3</sup>	< 20 leucócitos/mm <sup>3</sup> < 1280 eritrócitos/mm <sup>3</sup>
<b>Bioquímica</b>		
<b>Proteína</b>	<120mg/dL	< 140mg/dL
<b>Glicose</b>	45-85mg/dL	45-85mg/dL
<b>Cloreto</b>	116-127mEq/L	116-127mEq/L
<b>Lactato</b>	1,1-2,8mmol/L	1,1-2,8mmol/L

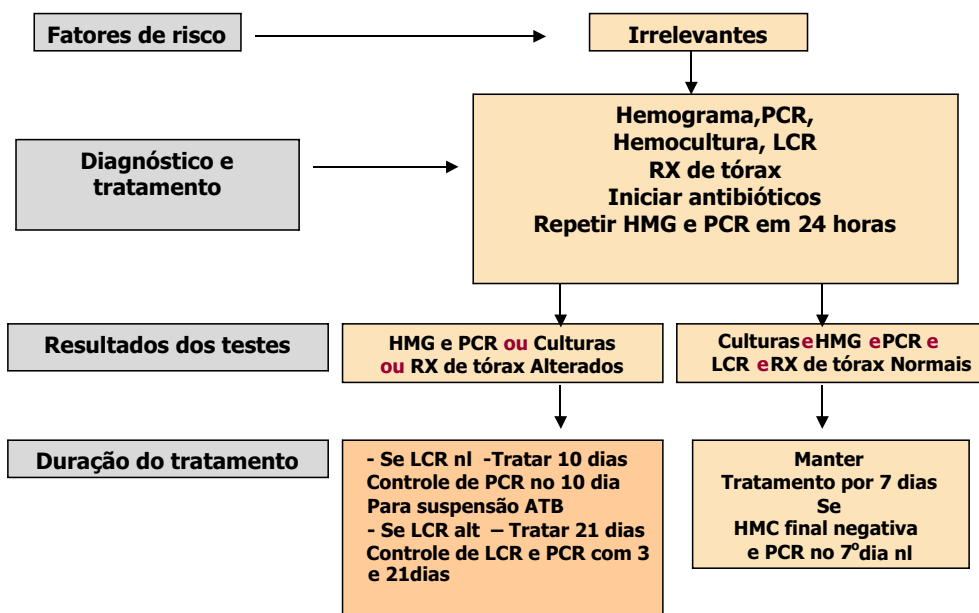
## IV. MANEJO DO RN SINTOMÁTICO COM SUSPEITA DE SEPSE NEONATAL

### IV. I. Recém-Nascido de Termo



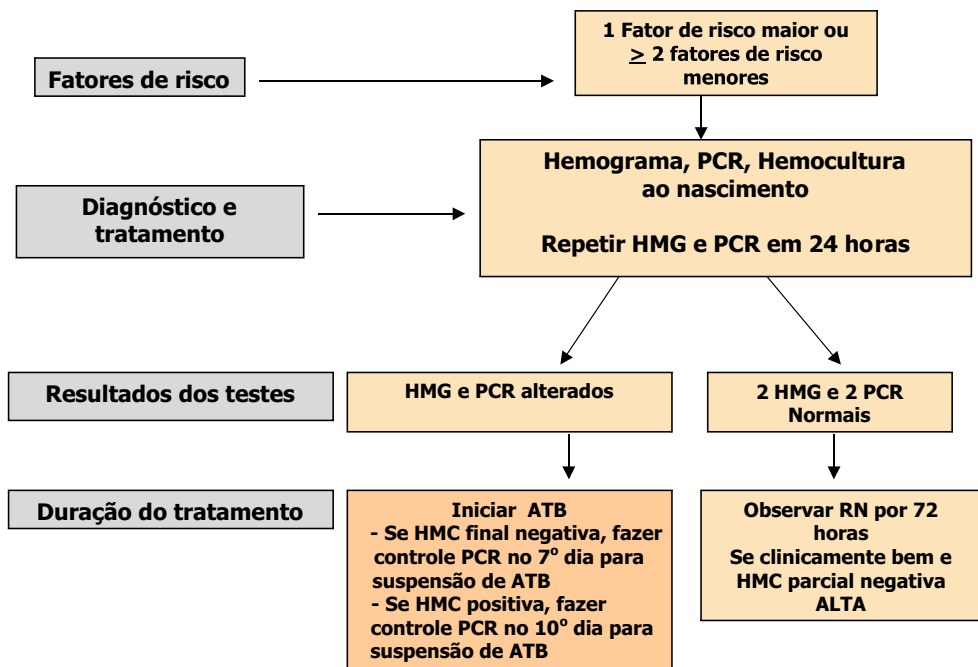
## IV. MANEJO DO RN SINTOMÁTICO COM SUSPEITA DE SEPSE NEONATAL

### IV.II. Recém-Nascido Pré-Termo



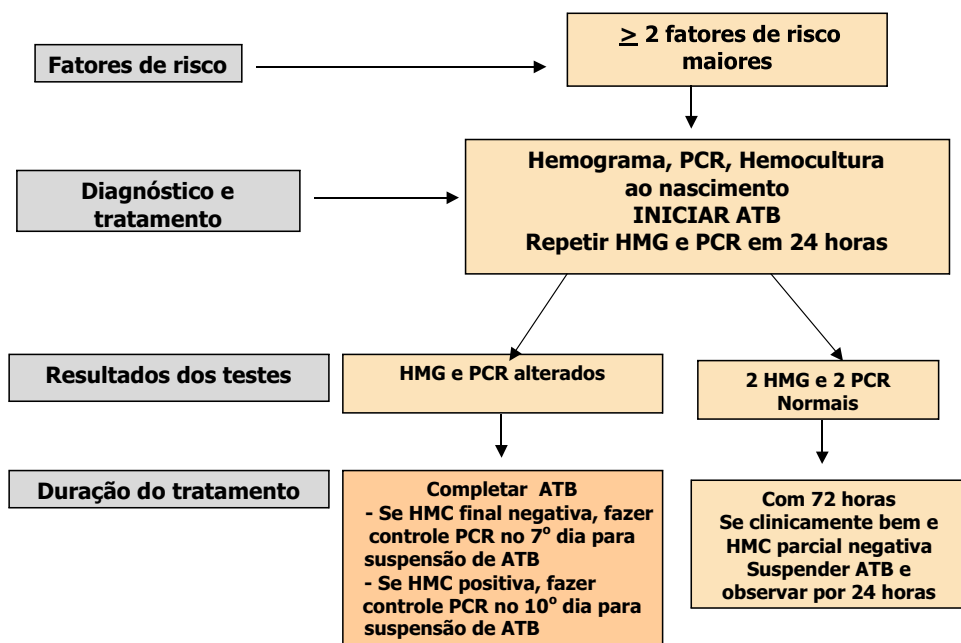
## V. MANEJO DO RN ASSINTOMÁTICO COM SUSPEITA DE SEPSE NEONATAL

### V.I. Recém-Nascido de Termo ou Pré-Termo > 34 sem



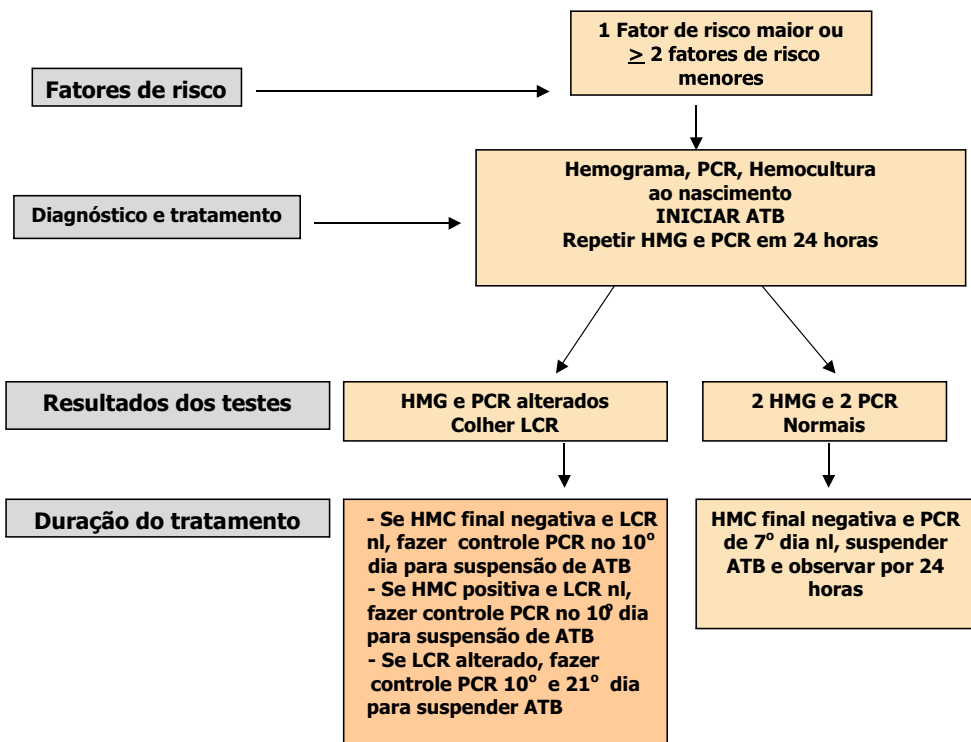
## V. MANEJO DO RN ASSINTOMÁTICO COM SUSPEITA DE SEPSIS NEONATAL

### V.II. Recém-Nascido de Termo ou Pré-Termo > 34 sem



## V. MANEJO DO RN ASSINTOMÁTICO COM SUSPEITA DE SEPSE NEONATAL

### V.III. Recém-Nascido Pré-Termo $\leq$ 34 sem



## VI. ANTIBIOTICOTERAPIA

### VI.I. Streptococcus do grupo B

Penicilina cristalina: 200 000 U/Kg/dia EV 12/12 hs

OU

Ampicilina: 25 a 50 mg/Kg/dose EV 12/12 hs

### VI.II. Gram-Negativo

Aminoglicosídeo

Amicacina

			Neofax, 2004
IG	ID.PÓS-NATAL	DOSE	INTERVALO
(sem)	(dias)	(mg/kg)	(horas)
≤ 29	0 – 7	18	48
	8 – 28	15	36
	> 28	15	24
30 – 34	0 – 7	18	36
	> 7	15	24
> 34	<b>Todos</b>	15	24

			Neofax, 2004
IG	ID.PÓS-NATAL	DOSE	INTERVALO
(sem)	(dias)	(mg/kg)	(horas)
< 29	0 – 7	5	48
	8 – 28	4	36
	> 28	4	24
30 – 34	0 – 7	4,5	36
	> 7	4	24
> 34	<b>Todos</b>	4	24

## VII. TERAPÊUTICA DE SUPORTE IMUNOLÓGICO

### CITOCINAS: G-CSF (Fator estimulador de colônias de granulócitos)

#### · **Objetivos:**

- proliferação das células progenitoras;
- aumento do estoque e do número de neutrófilos no sangue periférico;
- melhora da função dos neutrófilos maduros.

#### · **Indicação:**

- RN com sepse e neutropenia
  - PN < 1500 g - número de neutrófilos < 1750/mm<sup>3</sup>
  - PN ≥ 1500 g - número de neutrófilos < 1000/mm<sup>3</sup>

#### · **Posologia:**

- 5 a 10 microgramas/kg SC - dose diária;
- Se não melhorar (número de neutrófilos ≥ 3000/mm<sup>3</sup>), repetir.

**Barak, 1997<sup>4</sup>**

1. Klein, JO & Marcy, M. "Bacterial sepsis and meningitis". IN Remington, JS & Klein, JO. "Infectious diseases of the fetus and newborn infant". 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia. WB Saunders Company, 1995. Pág. 835 - 890.
2. Gotoff SP. Boyer KM. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal diseases Pediatrics. 99(6):866-9, 1997.
3. Gerdes JS. Clinicopathologic approach to the diagnosis of neonatal sepsis. Clinics in Perinatology. 18(2):361-81, 1991 .
4. Barak Y. Leibovitz E. Mogilner B. Juster-Reicher A. Amitay M. Ballin A. Koren A. Goebel M. The in vivo effect of recombinant human granulocyte-colony stimulating factor in neutropenic neonates with sepsis. European Journal of Pediatrics. 156(8):643-6, 1997 .



## ANEXO III

### Definição de caso de sífilis congênita

A investigação de sífilis congênita será desencadeada nas seguintes situações:

- todos as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério;
- todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis congênita.

### **Será considerado caso de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica e assim deverá ser notificado:**

1. Toda criança, ou aborto<sup>1</sup>, ou natimorto<sup>2</sup> de mãe com evidência clínica<sup>3</sup> para sífilis e/ou com sorologia não treponêmica<sup>4</sup> reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico<sup>5</sup>, realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado<sup>6</sup>.

2. Todo indivíduo com menos de 13 anos com as seguintes evidências sorológicas:

- titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou
- testes não treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou
- testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou
- títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe.

Em caso de evidência sorológica apenas, deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

3. Todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e: evidência clínica ou líquórica<sup>7</sup> ou radiológica<sup>8</sup> de sífilis congênita.

4. Toda situação de evidência de *T. pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra de lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.

---

**1. Aborto** é toda perda gestacional, até 22 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500g.

**2. Natimorto** é todo feto morto, após 22 semanas de gestação ou com peso maior que 500 g.

**3. Evidência clínica para sífilis na gestação:** sífilis primária - cancro duro; sífilis secundária - lesões cutâneo-mucosas (roséolas sifilíticas, sífilides papulosas, condiloma plano sifilítico, alopecia); sífilis terciária - lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot).

**4. Sorologia não treponêmica: VDRL** (Venereal Diseases Research Laboratory) **e RPR** (Rapid Plasma Reagin): indicados para o diagnóstico e seguimento terapêutico. O teste pode resultar reagente por longos períodos, mesmo após a cura da infecção; porém, apresenta queda progressiva nas titulações, até que se torna não reagente após tratamento adequado. Por isso, o teste (VDRL) é recomendável para seguimento terapêutico. Recém-nascidos não infectados podem apresentar anticorpos maternos transferidos por intermédio da placenta. Nesses casos, em geral, o teste será reagente até os primeiros 6 meses de vida, podendo se prolongar. Por esse motivo, o diagnóstico de sífilis congênita exige a realização de um elenco de exames que permitam a classificação clínica do caso (diagnóstico e estadiamento), para que a terapia adequada seja instituída.

**5. Sorologia treponêmica: FTA-Abs** (Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption), **MHA-Tp**, **TPHA** (Treponema Pallidum Hemagglutination), **ELISA** (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay): são testes específicos, úteis na exclusão de resultados de VDRL falso positivos. O FTA-Abs/IgG, quando reagente em material do **recém-nascido**, pode **não** significar **infecção perinatal**, pois os anticorpos IgG maternos ultrapassam a barreira placentária. Em geral, os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após a cura da infecção, nos casos diagnosticados e tratados mais tardiamente. O FTA-Abs/IgM por sua baixa sensibilidade, pode apresentar desempenho inadequado para a definição diagnóstica, podendo, no entanto, ser utilizado o teste FTA-Abs/IgM-19S.

## 6. Tratamento inadequado:

- é todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou
- tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou
- tratamento não adequado para a fase clínica da doença; ou
- a instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto; ou
- elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento;
- quando o(s) parceiro(s) não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente, ou quando não se tem essa informação disponível.
- Ausência de documentação do tratamento ou da queda dos títulos após tratamento.

**Tratamento adequado:** é todo tratamento completo, com penicilina e instituído pelo menos 30 dias do parto e parceiro tratado concomitantemente com a gestante. De acordo com as seguintes especificações:

- Sífilis primária: Penicilina Benzatina 2.4 milhões UI, IM, em dose única (1.2 milhão U.I. em cada glúteo).
- Sífilis recente secundária e latente: Penicilina Benzatina 2.4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4.8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente, terciária ou desconhecida): Penicilina Benzatina 2.4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7.2 milhões U.I.

**7. Evidências no Líquido Céfalo-raquidiano:** a presença de leucocitose (mais de 25 leucócitos/mm<sup>3</sup>) e o elevado conteúdo protéico (mais de 150 mg/dl) no LCR de um recém-nascido suspeito de ser portador de sífilis congênita devem ser considerados como evidências adicionais para o diagnóstico. Uma criança com VDRL positivo no LCR deve ser diagnosticada como portadora de neurosífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou no conteúdo proteico líquóricas. A ocorrência de alterações no LCR é muito mais freqüente nas crianças com outras evidências clínicas de sífilis congênita, do que nas crianças assintomáticas, apesar de infectadas.

Se a criança for identificada após o período neonatal (mais de 28 dias de vida), as anormalidades líquóricas incluem: teste VDRL positivo, mais de 5 leucócitos/mm<sup>3</sup> e/ou mais de 40 mg/dl de proteínas. O teste RPR não é adequado para LCR; para este material deve-se utilizar apenas o VDRL.

**8. Evidências radiológicas:** o envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero), causando osteocondrite, osteíte e periostite, é achado comum na sífilis congênita sintomática, pois em 70% a 90% destes casos as radiografias de ossos longos revelam anormalidades sugestivas da infecção.

A sensibilidade de alterações radiológicas para diagnóstico de sífilis congênita em crianças assintomáticas é desconhecida. Em aproximadamente 4% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, a única alteração seja o achado radiográfico, o que justifica a realização deste exame nos casos suspeitos de sífilis congênita

## **As estratégias para a redução vertical da sífilis congênita devem ser implementadas nos seguintes momentos :**

### **1. Antes da gravidez:**

#### **a) na prevenção da sífilis e da Aids na população em geral, por meio de:**

- uso de preservativos;
- o diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e em seu(s) parceiro(s) sexual(ais);
- realização de VDRL em mulheres que manifestem intenção de engravidar;
- tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros sexuais;
- acolhimento imediato e tratamento das DST.

### **2. Na gestação:**

a) realizar tratamento adequado, conforme a fase clínica da sífilis:

- sífilis primária (cancro duro): Penicilina Benzatina 2.400.000 UI dose única IM .
- sífilis recente (lesões cutâneo mucosas) secundária ou latente: Penicilina Benzatina 2.400.000 UI uma dose/ semana/ 2 semanas;
- sífilis tardia ou desconhecida (lesões cutâneo mucosas, alterações neurológicas e vasculares): Penicilina Benzatina 2.400.000 UI uma dose/ semana por 3 semanas;

(Reforçar a orientação que a paciente e seu(s) parceiro(s) sexual(ais) devam evitar relações sexuais quando em tratamento e só as tenham usando preservativo);

### **3. Na admissão para o parto ou curetagem por abortamento, proceder:**

- ao VDRL em toda paciente para parto ou abortamento
- ao manejo adequado do recém nascido, realizando VDRL no sangue periférico de todo RN cuja mãe apresentou VDRL reagente na gestação ou parto na suspeita clínica de sífilis congênita;
- ao tratamento imediato de caso detectado de sífilis congênita ou sífilis materna seu(s) parceiro(s) sexual(ais);
- à notificação e investigação dos casos detectados, inclusive aborto e natimorto com sífilis.

O diagnóstico adequado da sífilis congênita, além dos aspectos clínicos e epidemiológicos envolvidos, pressupõe o conhecimento quanto ao momento e a natureza da infecção materna, o título dos testes de mães e recém-nascidos, assim como sua interpretação seqüencial. Conseqüentemente, a notificação do caso de Sífilis Congênita constitui um evento marcador da qualidade de assistência ao pré - natal e um evento sentinela para desencadear investigação sobre os fatores que levaram à ocorrência da doença e, portanto, melhorar a qualidade do pré-natal.

## ANEXO IV

### TESTE DO DESENVOLVIMENTO DE DENVER

Motor grosseiro	Percentil 90 (idade em meses/anos)	Linguagem	Percentil 90 (idade em meses/anos)
Prono, eleva a cabeça	0,7m	Responde ao sino	1,6m
Prono, eleva a cabeça a 45°	2,6m	Vocaliza sem chorar	1,8m
Prono, eleva a cabeça a 90°	3,2m	Sorri	3,3m
Sentado, sustenta a cabeça	4,2m	Grita	3,3m
Prono, eleva o tronco com apoio dos membros superiores (MMSS)	4,3m	Volta-se quando chamado	8,3m
Rola na cama	4,7m	"Papa", "Mama", não-específicos	10m
Sustenta o peso nos membros inferiores (MMII)	6,3m	Imita sons da fala	11,2m
Puxado para sentar, sem queda da cabeça	7,7m	"Papa", "Mama", específicos	13,3m
Senta sem apoio	7,8m	Três palavras, além de "Papa" e "Mama"	20,5m
Fica de pé com apoio	10m	Aponta para uma parte nomeada do corpo	23m
Puxa para ficar de pé	10m	Combina duas palavras diferentes	28m
Senta-se sozinho	11m	Nomeia uma figura	30m
Anda com apoio	12,7m	Compreende ordens (duas de três)	32m
Fica de pé momentaneamente	13m	Usa o plural	38,5m
Mantém-se de pé	13,9m	Dá o primeiro e o último nome	3,8 a
Oscila e reequilibra-se	14,3m	Compreende frio, cansaço, fome	4,1a
Anda bem sem apoio	14,3m	Compreende três de quatro preposições	4,5a
Anda para trás	21,5m	Reconhece três cores	4,9a
Sobe degraus	22m	Analogias opostas (duas de três)	5,3 a
Chuta bola para frente	24m	Define seis palavras de nove	6,3a
Arremessa bola de cima para baixo	30m	Composição de materiais	6,3a
Pula no lugar	36m		
Pedala triciclo	36m		
Equilibra-se sobre um pé (1 segundo)	38,4m		
Pulo amplo	3,2a		
Equilibra-se sobre um pé (5 segundos)	4,3a		
Pula com um pé	4,9a		
Marcha calcanhar/ponta do pé	5 a		
Pega bola que pula	5,5a		
Equilibra-se sobre um pé (10 segundos)	5,9a		
Anda para trás, calcanhar/ponta do pé	6,3a		

Motor Adaptativo Fino	Percentil 90 (idade em meses/anos)	Pessoal Social	Percentil 90 (idade em meses/anos)
Movimentos simétricos	1,3m	Olha para a face do examinador	1m
Segue com o olhar até a linha média	2,5m	Sorri responsivamente	1,9m
Segue além da linha média	3,7m	Sorri espontaneamente	5m
Une as mãos	4m	Come biscoito com as mãos	8m
Segue por 180°	4,2m	Procura brinquedo fora do alcance	9m
Agarra o chocalho	5m	Brinca de esconder	9,7m
Olha objeto (bolinha)	5m	Resiste à retirada de brinquedos	10m
Tenta pegar objeto	7,5m	Inicialmente tímido com estranhos	10m
Transfere o cubo de mão	7,5m	Brinca de bater sobre objeto	13m
Sentado, olha um fio	7,5m	Indica desejo sem chorar	14,3m
Sentado, pega dois cubos	7,8m	Joga bola com o examinador	16m
Ajunta bolinhas	10,6m	Bebe no copo	16,5m
Preensão usando o polegar	12,3m	Imita serviços domésticos	19,5m
Bate dois cubos seguros na mão	14,7m	Remove roupas do corpo	21,9m
Preensão em pinça	20m	Usa a colher, derramando pouco	23,5m
Torre com dois cubos	24m	Ajuda em casa em tarefas simples	23,5m
Derrama bolinha do recipiente, espontâneo	25m	Põe o sapato sem laço	36m
Rabisca espontaneamente	26,5m	Lava e enxuga as mãos	38,5m
Torre com quatro cubos	36m	Brinca com jogos interativos	42m
Derrama bolinha do recipiente, demonstrado	36m	Veste-se com supervisão	3,5a
Imita linha vertical com erro 30°	41m	Consegue se abotoar	4,2a
Torre com oito cubos	3,3a	Separa-se da mãe com facilidade	4,7a
Copia círculo	3,4a	Veste-se sem supervisão	5a
Imita ponte com cubos	4,4a		
Acerta linha mais longa (três de três)	4,4a		
Copia +	5,2a		
Desenha figura humana com três partes	5,7a		
Imita quadrado, demonstrativo	6a		
Copia quadrado	6a		
Desenha figura humana com seis partes	6a		

Interpretação do resultado:

- **normal:** falha em menos de 10% dos itens;
- **duvidoso:** se houve falha em pelo menos um item de cada setor da sua idade cronológica e/ou corrigida, na dependência da prematuridade;
- **anormal:** falha em dois ou mais itens de cada setor.

Referência Bibliográfica : Frakenberg KW, Dodds J, Archer P, Bresnick B. Denver II: technical manual and training manual. Denver Developmental Materials, 1990.



## ANEXO V

### INTERVENÇÃO PRECOZE AUDITIVA

A intervenção precoce tem o objetivo de identificar precocemente e intervir sobre problemas relacionados ao desenvolvimento infantil, especialmente quanto aos aspectos neuropsicomotor e de comunicação. A identificação de riscos do desenvolvimento será realizada por meio de *check lists* aplicados:

- ao nascimento, na maternidade;
- na primeira consulta do bebê com o pediatra;
- por ocasião da consulta de seis meses;
- por ocasião da consulta de doze meses (um ano).

#### CHECK LIST - MATERNIDADE:

- Peso ao nascimento inferior a 1500 g;
- Asfixia perinatal grave, correspondente à nota de Apgar  $\leq 4$  no primeiro minuto de vida e/ou  $\leq 6$  no quinto minuto;
- Infecções congênicas: rubéola, sífilis, toxoplasmose, citomegalovirus e herpes;
- Anomalias crânio-faciais incluindo alterações morfológicas do pavilhão e conduto auditivo;
- Alta após a mãe.

Sendo identificado ao nascimento algum destes riscos, a criança deverá ser encaminhada para realização de triagem auditiva com um mês de idade, em serviço de atenção à saúde auditiva de média complexidade, de referência para a região (NISA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva). A triagem auditiva é composta dos exames de emissões otoacústicas e imitanciometria. Além disso, deverá ser encaminhada também para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor com três meses de idade e posterior acompanhamento, em serviço de saúde composto por equipe

multidisciplinar de referência para a região (NIR - Núcleo Integrado de Reabilitação).

As crianças que passarem na triagem auditiva e aquelas sem riscos identificados, serão acompanhadas pela atenção básica e aplicados os demais *check lists* nos períodos propostos.

As crianças que falharem na triagem auditiva deverão ser encaminhadas para diagnóstico otológico, em serviço de atenção à saúde auditiva de alta complexidade, de referência para a região.

#### *CHECK LIST* - PRIMEIRA CONSULTA COM PEDIATRA:

- Todos os riscos acima relacionados (maternidade);
- Antecedentes familiares de deficiência auditiva neurosensorial hereditária;
- Consangüinidade dos pais;
- Criança pequena para a idade gestacional;
- Sinais ou outros achados associados com síndromes;
- Hiperbilirrubinemia a níveis excedendo a indicação para exsangüíneo-transfusão;
- Medicação ototóxica: aminoglicosídeos, associação com diuréticos, agentes quimioterápicos;
- Meningite bacteriana;
- Hemorragia ventricular;
- Permanência na UTI neonatal por mais de 48 horas;
- Ventilação mecânica por cinco dias ou mais;
- Alcoolismo materno ou uso de drogas psicotrópicas na gestação.

Sendo identificado algum risco na primeira consulta com o pediatra, a criança deverá ser encaminhada para triagem auditiva em NISA/média complexidade de referência para a região. Havendo falha na triagem, deve ser realizado diagnóstico otológico em NISA/alta complexidade.

As crianças que passarem na triagem auditiva e as sem risco, serão avaliadas pelo *check list* para seis meses.

#### *CHECK LIST* - SEIS MESES DE IDADE

- Todos os riscos acima relacionados (maternidade e primeira consulta);

- Otite média recorrente ou persistente por mais de três meses;
- Traumatismo craniano com perda de consciência ou fratura craniana;
- Suspeita dos familiares de atraso de desenvolvimento de fala, linguagem e audição;
- Observação do médico quanto ao desenvolvimento de fala, linguagem e audição: aos seis meses o bebê balbucia (produz sílabas) e aumenta o balbucio na presença de pessoas;
- Observação do médico quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor.

Sendo identificado risco nesta consulta, segue-se o fluxo descrito anteriormente: triagem auditiva em NISA. Na ausência de riscos, mais um check list será aplicado na consulta de doze meses.

#### *CHECK LIST - DOZE MESES DE IDADE*

- Todos os riscos acima relacionados (maternidade, primeira consulta e consulta dos seis meses);
- Caxumba;
- Observação do médico quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor e de comunicação (repete sons produzidos, emite palavras com significado e reconhece ordens simples).

Sendo identificado risco nesta consulta, também segue o fluxo de triagem auditiva em NISA.

O desenvolvimento neuropsicomotor e de comunicação deverá continuar a ser acompanhado a partir dos doze meses, especialmente na época de ingresso da criança na educação infantil.

#### Referências:

Joint Committee on Infant Hearing, 1994/2000

Azevedo, 2005



**\* Indicadores de Risco : Peso Nascimento < 1500g; Apgar < 6 no 5° min; Infecções congênitas; Má-formação crânio-facial; Internação prolongada.**

## **LEGENDA**

SUVIS - Unidade de Vigilância em Saúde

NIR - Núcleo Integrado de Reabilitação

NISA - Núcleo Integrado de Saúde Auditiva

Fo - Fonoaudiologista

Ft - Fisioterapeuta

TO - Terapia ocupacional





mãe  paulistana



PREFEITURA DA CIDADE DE  
**SÃO PAULO**

SECRETARIA DA SAÚDE